Raad voor Volksgezondheid en Samenleving

Parnassusplein5
2511 VX Den Haag
Postbus 19404
2500 CK Den Haag
Tel 070 - 340 50 60
E-mail mail@rvens.nl
URL www.rvens.nl

Werkagenda RVS – eerste raadsperiode

Hoofdlijnen werkprogramma 2016 (en volgende)

Datum
3 september 2015
Kenmerk
51.1.804881 (3)/th

Volksgezondheid en samenleving: wisseling van perspectief

1. Inleiding

Op 1 januari 2015 is de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) van start gegaan. Deze Raad komt voort uit de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) en de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ).

In de afgelopen maanden heeft de RVS gewerkt aan het afronden van de nog lopende werkzaamheden van de RMO en RVZ, en zich gebogen over een eigen visie en missie van de RVS. De Raad heeft vier kernthema's benoemd die voor de komende raadsperiode (2015-2019) leidend zullen zijn. Deze kernthema's geven richting aan de adviezen en activiteiten van de RVS in de komende vier jaar. Binnen deze kernthema's heeft de Raad in het voorjaar drie adviesonderwerpen gekozen waaraan nu al wordt gewerkt.

De RVS beschrijft in deze werkagenda zijn visie, missie en kernthema's. In paragraaf twee staan de visie en missie, direct gevolgd door de kernthema's in paragraaf drie. In paragraaf vier komen de werkvormen aan bod die de Raad de komende jaren gebruikt. In paragraaf 5 en 6 staan de concrete onderwerpen die de RVS onder zijn hoede neemt of overweegt te nemen.

2. Visie en missie

De relaties tussen volksgezondheid en andere domeinen in de samenleving veranderen. Er ontstaan nieuwe sociale verbanden, die soms de gevestigde orde van zorg, welzijn, wonen en werken uitdagen. Bestaande functies, taken en rollen veranderen of verdwijnen, terwijl er ook weer nieuwe bijkomen. Ook technologische innovaties en initiatieven van burgers beïnvloeden de inrichting van de samenleving. Dit alles heeft belangrijke gevolgen voor de verhoudingen tussen burgers, professionals, maatschappelijke organisaties en overheden. Lokale overheden hebben meer verantwoordelijkheden gekregen, van burgers wordt meer eigen verantwoordelijkheid verlangd, professionals dienen zowel specialisten als generalisten te zijn.

Deze veranderingen scheppen een gunstig klimaat voor nieuwe ideeën. Andere geluiden worden gehoord, nieuwe initiatieven krijgen kansen. Maar remmende krachten zijn er ook. Door toegenomen onzekerheden houden

mensen en organisaties vast aan het bestaande. Zij willen gevestigde belangen veiligstellen, hun eigen positie 'bewaken'. Het enthousiasme om te vernieuwen staat tegenover de hechting aan het oude.

Beide bewegingen kunnen blind maken. De eigen beperkingen worden niet (meer) gezien, er is geen oog voor andere opvattingen. Deze verschuivende verhoudingen vragen om een partij die uiteenlopende opvattingen bevraagt: zowel van degenen die verandering propageren, als van hen die verandering afremmen.

De RVS wil deze partij zijn. Het is de missie van de Raad andere perspectieven te laten zien en daarmee ook richting te geven aan beleid en praktijk. Aan een beweging, visie of opvatting zitten altijd meerdere kanten: de Raad wil juist 'die andere kant' signaleren, uitlichten, onder de aandacht brengen. Een goed advies van de RVS laat mensen en organisaties in het brede domein van volksgezondheid en samenleving anders naar de wereld kijken: dat kan schuren met wat vertrouwd is, maar juist daarom perspectief bieden.

Hoe? In de komende periode legt de RVS zich toe op het analyseren van bestaande en het ontwikkelen van nieuwe organisatorische, sociale en ethische zienswijzen. De Raad zal dit doen door vanzelfsprekendheden te benoemen, blinde vlekken te signaleren, daar waar nodig taboes te doorbreken en nieuwe manieren van denken en doen aan te reiken.

3. Thema's

In vier kernthema's komen de gevolgen van de verschuivende verhoudingen in het brede domein van volksgezondheid en samenleving het meest pregnant naar voren. Achtereenvolgens gaat het om: de veranderende verzorgingsstaat (1), verantwoord sturen (2), de belofte van wetenschap en technologie (3) en de levensloop 'levenslang en levensbreed' (4).

Thema 1: Veranderende verzorgingsstaat

De verzorgingsstaat zoals deze na de oorlog is opgebouwd, is in verandering. Een herbezinning was, is en blijft nodig om de collectieve uitgaven te beheersen en de solidariteit te behouden. Zowel de decentralisatie als de herinrichting van sociale voorzieningen leiden tot vragen over de zogeheten kerntaken van de overheid. Het is een zoektocht welke taken en verantwoordelijkheden bij private partijen – organisaties en burgers – belegd (zouden moeten) zijn, en welke bij de centrale overheid en decentrale overheden. Ook de verhouding tussen verzorgingsstaat en rechtsstaat is hierbij van belang.

Zo liggen er vragen rond de uitvoering van diverse wetten en regels. Met de uitbouw van de verzorgingsstaat zijn in Nederland belangrijke sociale grondrechten wettelijk verankerd. Voor de overheid betekende dit dat zij het stelsel van sociale voorzieningen én de aanspraken daarop moest inrichten en ordenen. De uitvoering van deze publieke taken bleef in handen van private organisaties. Alle partijen constateren dat deze scheiding van taken en verantwoordelijkheden tussen overheden en private organisaties in de loop der jaren steeds vager is geworden. Tal van voorbeelden laten zien dat de overheid zich in detail met de uitvoering van wet- en regelgeving bemoeit en doordringt tot in de haarvaten van de dagelijkse praktijk. Zij begeeft zich hiermee op de werkvloer van professionals en betreedt de huiskamers van burgers. Voor professionals in het veld van volksgezondheid, wonen, welzijn en werken is dit voelbaar, voor burgers aan de keukentafel eveneens.

De overheid zelf worstelt met haar ambitie om 'minder te doen'. Zij trekt zich niet alleen terug, maar treedt soms ook naar voren. Incidenten of spanningen leiden vaak tot de reflex om juist méér te doen, of om strenger

controle of toezicht uit te oefenen. Tegelijkertijd legt de overheid risico's en verantwoordelijkheden vaker neer bij private partijen en burgers. Sommigen vragen eigen ruimte en meer maatwerk, maar anderen zijn of voelen zich kwetsbaar en zijn minder bij machte om die eigen verantwoordelijkheden te dragen. Dit alles wringt met overheidsregelingen die per definitie op uniformeren en standaardiseren zijn gericht. In hoeverre moeten mensen die onvoldoende in staat zijn om de geboden ruimte te 'pakken', geholpen worden? En hoe en door wie?

Aan verschuivende verhoudingen zitten meerdere kanten. Voor burgers, patiënten, professionals, publieke en private organisaties liggen er kansen. Het veld van volksgezondheid en samenleving kan meer naar eigen inzicht worden ingericht, rekening houdend met de waarden van burgers, professionals en organisaties. Nieuwe maatschappelijke initiatieven kunnen worden ontplooid, zoals zorgcoöperaties, broodfondsen en sociale firma's. Maatschappelijk verantwoord ondernemen is 'in' en burgerinitiatieven slagen er regelmatig in voldoende steun te verwerven.

Daar tegenover staan de twijfels en soms ook spanningen die als gevolg van deze veranderingen ontstaan. Nu gevestigde belangen worden uitgedaagd, ontstaan er fricties. De verschillen en ongelijkheden die kunnen ontstaan tussen burgers in verschillende gemeentes roepen vragen op en leiden soms ook tot conflicten. De nog wat onwennige verhoudingen komen dan snel scherp te staan.

De herinrichting van de verzorgingsstaat heeft op lokaal, regionaal, landelijk én internationaal niveau gevolgen. De decentralisatie brengt bijvoorbeeld verschillen tussen gemeenten met zich mee, maar ook tussen regio's. Overheden, organisaties, professionals en burgers in de krimpregio's staan voor andere vraagstukken dan die in de Randstad, terwijl daar bij het vinden van oplossingen vaak nog onvoldoende rekening mee wordt gehouden.
Op het internationale vlak rijzen er vragen over de komst van migranten met verschillende verblijfstitels. Het is niet altijd duidelijk wie er aanspraak kan maken op de voorzieningen van de Nederlandse verzorgingsstaat, en op welke gronden.

Thema 2: Verantwoord sturen
In de afgelopen decennia hebben juridische en economische sturingsmodellen het beleid sterk bepaald. Het beheersen van de collectieve uitgaven is bijvoorbeeld al enige decennia een dominante sturende factor om solidaire stelsels in het domein van zorg, onderwijs, en arbeid te behouden. Daarnaast is een voorliefde ontstaan voor het sturen op relatief eenvoudig meetbare resultaten met bijbehorende indicatoren. Dit heeft geleid tot een veelheid aan protocollen, indicatoren en regels. De eenzijdige nadruk op rechtmatigheid en resultaten heeft daarnaast geleid tot een forse uitbreiding van controle- en verantwoordingsmechanismen die weinig zeggen over effecten die moeilijker meetbaar zijn.

Deze vormen van sturing blijken in veel gevallen ontoereikend, of hebben perverse effecten. Door de nadruk op aspecten die eenvoudig te meten lijken, is het aantal controle- en verantwoordingsmechanismen toegenomen. Deze dragen er echter lang niet altijd niet toe bij dat er méér zicht op de kosten en opbrengsten ontstaat, noch op manieren om producten en diensten te verbeteren. Bovendien is er geen stimulans om nieuwe onderwerpen aan te pakken - voor preventie en innovatie is bijvoorbeeld weinig oog. Al met al blijven hierdoor diverse kansen om gezondheidswinst, welzijn en welbevinden te realiseren, onbenut.

Beleidsmakers en bestuurders zoeken naar manieren om andere sturingsmodellen te ontwikkelen. In de zorg wordt bijvoorbeeld meer gestuurd op kwaliteit. 'Kwaliteit van zorg' veronderstelt immers dat we alleen datgene doen dat toegevoegde waarde heeft voor patiënten en cliënten. Het begrip kwaliteit is echter niet eenduidig - er bestaan veel

verschillende opvattingen over. Vanuit welke opvatting wordt op kwaliteit gestuurd?

Ook theorieën en inzichten uit de gedrags- en geesteswetenschappen kunnen juridische en economische sturingsconcepten aanvullen. Denk aan *nudging*, waarbij beleidsmakers op het voorspelbare gedrag van burgers anticiperen, of aan de *capability approach*, waarbij beleidsmakers het vermogen van burgers om naar eigen waarden en inzicht te kunnen handelen als uitgangspunt nemen. Anders dan in het economische model, waarin de rationele keuzetheorie de basis vormt, ligt de nadruk hier op de psychologie van het kiezen.

Tot slot is het lonend om te kijken naar de domeinen waarbinnen 'sturing' plaatsvindt. Beleidsmaatregelen zijn nu nog vaak op één bepaalde sector gericht, zoals zorg, welzijn, wonen en werken. Het kan leerzaam zijn om over de schutting van het eigen domein heen te kijken, en bij het nemen van maatregelen verschillende actoren (zoals bedrijven, scholen, woningcorporaties en sportclubs) te betrekken. Op het vlak van preventie zou bijvoorbeeld juist buiten de zorg nog de nodige winst te behalen zijn - denk aan initiatieven op het gebied van wonen, werken, milieu, infrastructuur, sport en onderwijs. In het verleden is veel gezondheidswinst geboekt door de aanleg van riolering en goede drinkwatervoorzieningen. Is er in de 21e eeuw een dergelijke innovatie te bedenken die buiten het domein van de volksgezondheid zelf ligt, maar wel een vergelijkbaar positief effect op de volksgezondheid kan hebben?

Thema 3: De belofte van wetenschap en technologie
De ontwikkelingen binnen de wetenschap en technologie gaan razendsnel. In het domein van volksgezondheid en samenleving kunnen burgers, professionals en instellingen dagelijks van nieuwe vindingen profiteren. Bewust en onbewust leiden nieuwe wetenschappelijke inzichten of technologische innovaties ook tot verschuivende verhoudingen tussen burgers, professionals en de overheid. Wetenschap en technologie zijn niet neutraal, maar sturen het denken van alle betrokken partijen ook in de keuzes die zij maken.

Op technologisch gebied springen twee ontwikkelingen in het oog. De eerste is de snelle opmars van nieuwe informatie- en communicatiemiddelen, zoals het internet en sociale media. Denk aan e-health, een innovatie met een grote variatie aan toepassingsmogelijkheden op het gebied van de volksgezondheid. Zo stellen beeldverbindingen hulpverleners in staat om hun cliënten op afstand te begeleiden, kunnen burgers en patiënten met diverse apps hun eigen lichaam 'monitoren' en zijn er tal van manieren om digitaal gegevens uit te wisselen.
De tweede is het toenemend gebruik van robots, wederom een vinding met veel toepassingen. Zo kan een robot verzorgende taken uitvoeren, of dokters bij operaties ondersteunen. Ook zijn er 'sociale' robots die mensen gezelschap kunnen houden.

Zulke veranderingen hebben (wederom) meerdere kanten. Door een technologische innovatie kan een cliënt zelfstandiger worden, maar ook meer eenzaam. Schending van privacy ligt op de loer, bijvoorbeeld omdat de opgeslagen data onvoldoende beveiligd kunnen zijn. Een ander risico is een steeds grotere 'dwang' die er vanuit het medische regime kan gaan ontstaan. Dit laatste klinkt misschien paradoxaal, maar met allerlei apps, 'afstand-verbindingen' en digitale dossiers kan de focus op gezondheid en ziekte nog groter worden dan deze al was. Meer dan voorheen, krijgen burgers dan een medisch regime opgelegd.

Op wetenschappelijk gebied krijgt 'personalisering' van zorg en geneeskunde (diagnostiek en behandeling) steeds meer aandacht. Bij personalisering van zorg zijn professionals en instellingen erop gericht om zorg te leveren die aansluit op de wensen, waarden en mogelijkheden van de burger, rekening houdend met diens specifieke situatie. Door meer

medische kennis is *personalized medicine* in opkomst: diagnostiek en behandeling op maat, toegesneden op elke individuele patiënt. Denk hierbij ook aan *personalized genomics:* medische behandelingen passend bij de genetische kenmerken van de persoon. Door deze toenemende kennis kan het begrip *volks*ziekten verdwijnen, omdat ieder ziektebeeld uniek wordt – diabetes is dan niet meer een volksziekte, maar een ziekte die voor elk mens met suikerziekte anders uitpakt.

In zorg en onderzoek is *evidence based medicine* het leidend principe voor kwaliteit. Veel data die op groepsniveau verzameld zijn, leveren de evidentie waarop richtlijnen en protocollen voor de praktijk zijn gebaseerd. Dit *evidence based* werken is in de curatieve zorg al langere tijd de norm. Inmiddels heeft deze aanpak ook in andere sectoren van zorg en welzijn ingang gevonden.Het is de vraag of deze aanpak van *evidence based* werken voldoende rekening houdt met de diversiteit en situaties van mensen. Is er een ander soort 'evidence' mogelijk en nodig die past bij nieuwe inzichten over goede zorg? De tijd lijkt rijp voor herbezinning op *evidence based medicine* en de toepasbaarheid ervan in het brede domein van volksgezondheid en samenleving.

Zo zijn er meer vragen over de invloed van wetenschap en technologie op de verschuivende verhoudingen in het domein van volksgezondheid en samenleving. Denk aan discussies over de wenselijkheid en aanvaardbaarheid van het uitwisselen van data tussen onderzoekers en professionals, en de druk op hulpverleners en instellingen om gegevens openbaar te maken. Het 'bevorderen van transparantie' is een vaak gehoorde ambitie, maar hoe kan dit verantwoord gebeuren, en waar ligt hierbij een grens? Kennisposities en onderlinge (gezags-)relaties tussen 'leken' en 'experts', of tussen 'amateurs' en 'professionals', verschuiven en grenzen daartussen vervagen. Nu kennis steeds meer voor iedereen toegankelijk en beschikbaar is, verandert de rol van burgers en professionals. Zulke ontwikkelingen vragen om een voortdurende reflectie, ook over ethische kwesties.

Thema 4: De levensloop levenslang en levensbreed
De Nederlandse samenleving ziet er - ook letterlijk - anders uit dan pakweg een tiental jaar geleden. Er zijn meer ouderen, meer migranten, meer mensen die in de stad wonen en meer alleenstaanden. Mede door de goede gezondheidszorg en hogere levensstandaard blijven steeds meer mensen met chronische ziekten of lichamelijke beperkingen leven. Deze trends roepen voor de samenleving nieuwe vraagstukken op.

De gemiddelde, bemiddelde, assertieve, gezonde, goed opgeleide en blanke burger vormt nog te vaak het uitgangspunt in het denken. Beleidskaders en –regels gaan veelal uit van traditionele gezinssituaties, terwijl de diversiteit aan samenlevingsvormen, familierelaties en sekseverhoudingen toeneemt. Bestuurders, beleidsmakers en professionals vinden deze diversiteit vaak lastig: op het moment dat de levensloop van mensen van het gemiddelde afwijkt, spreken zij over 'bijzondere aandoeningen', 'problemen' of 'aandachtspunten'. Dit kan leiden tot stigmatisering van grote groepen burgers. Zo kampt een flink deel van de bevolking in Nederland met psychische problemen, maar komt de maatschappelijke acceptatie daarvan moeizaam van de grond.

Ook in het domein van volksgezondheid en samenleving zijn 'gezonde' mensen die veel zelf kunnen doen de norm. Dat sluit niet aan bij een steeds grotere groep mensen die bijvoorbeeld levenslang afhankelijk is van welzijn en zorg. Tussen deze mensen onderling zijn grote verschillen, op verschillende momenten van hun leven. In de praktijk en in het beleid is daar nog weinig oog voor.

Elk mensenleven kent vragen die niet in hokjes, kokers of categorieën passen. Enerzijds gaat het om *levenslange* vragen: deze zijn permanent aan de orde, of keren tijdens de levensloop telkens terug. Denk aan keuzes

die iemand als gevolg van (terugkerende) problemen met zijn gezondheid moet maken, of aan keuzes over opvoeding, werk, opleiding en geld. Beslissingen op deze gebieden kunnen grote gevolgen hebben voor de levensloop van mensen, omdat zij hun hele leven 'doorwerken' (denk aan een studiefonds, hypotheek, of pensioen). Anderzijds zijn er *levensbred*e vragen: deze doen zich tegelijkertijd voor, op meerdere fronten van het leven. Denk aan afwegingen die mensen in een korte tijdsspanne op het gebied van zorg, welzijn, wonen en werken maken. Jonge mensen hebben veel tegelijkertijd op hun bordje: kopen bijvoorbeeld in het spitsuur van hun leven een huis, krijgen kinderen, moeten arbeid- en zorgtaken combineren en willen carrière maken.

De levensloop van mensen wordt concreet en tastbaar in de keuzes die zij maken: levenslang en levensbreed. Op deze manier drukken burgers uit wie zij zijn, of wie zij willen zijn. De context is daarbij van grote invloed, zoals opleidingsniveau, gezondheid en gezondheidsvaardigheden, leefomgeving, sociaaleconomische status, de beschikbaarheid van een sociaal netwerk en de gemeenschappen waar iemand deel van uitmaakt. De verschillen in context leiden tot grote verschillen tussen mensen. Deze ongelijkheden beïnvloeden de beslissingen die mensen gedurende hun leven maken.

Deze keuzes roepen steeds weer de vraag naar 'het goede leven' op. Of het tijdens een gesprek in de spreekkamer is, aan de keukentafel of op kantoor bij een schuldhulpverlener, het gaat immers om keuzes die te maken hebben met hoe mensen in het leven willen en kunnen staan. Het antwoord op die vraag is voor iedereen anders, in de praktijk wordt daar nog te weinig rekening mee gehouden. Gesprekken over 'het goede leven' worden vaak gehinderd door gevoeligheden, heilige huisjes en taboes. Van bestuurders, beleidsmakers en professionals vraagt dit om een andere houding en benadering: een open gesprek over opvattingen over het goede leven, meer inzicht in en begrip voor beslissingen die mensen nemen.

4. Nieuwe verhoudingen, nieuwe werkvormen

De RVS streeft bij zijn projecten en adviezen naar verschillende vormen van samenwerking, onderzoek en presentatie. De samenwerking met bekende en nieuwe partijen in het domein van volksgezondheid en samenleving zal de RVS op vernieuwende wijze vormgeven.

De 'voorgangers' van de RVS, de RMO en RVZ, hebben in de afgelopen jaren nieuwe werkvormen toegepast. Zij hebben daar goede ervaringen mee opgedaan, en de RVS zet deze traditie voort. Naast reguliere onderzoeksmethoden, zoals data- en beleidsanalyses en raadpleging van experts, zal de RVS gebruikmaken van experimentele benaderingen. Zo is al eerder gewerkt met kunstateliers en de participatie van koplopers uit het veld. Verder zijn exposities en living labs in samenwerking met andere partijen mogelijk.

Tot slot kiest de RVS ook voor variatie bij de presentatie van zijn projecten, verkenningen en adviezen. Behalve in de vorm van geschreven adviezen, zal de Raad bij de presentatie van zijn adviezen ook van andere communicatievormen gebruik maken. Ook zal hij het publieke debat aanjagen en met behulp van online publicaties de inhoud van zijn adviezen en andere producten actualiseren.

5. Adviesonderwerpen in voorbereiding

De RVS heeft bij de start van zijn werkzaamheden 3 adviesonderwerpen ter hand genomen:

Mensen met een verstandelijke beperking

Onder meer gaat dit advies aandacht besteden aan de volgende vragen:

- In beleid, uitvoering en onderzoek wordt de groep mensen met een verstandelijke beperking voortdurend gecategoriseerd, terwijl er een grote variatie bestaat in individuele mogelijkheden en ondersteuningsbehoefte. De decentralisaties bieden meer mogelijkheden voor maatwerk, maar hoe realistisch is de aanname dat het dus wel goed komt? Welke groepen lopen specifiek risico?
- In hoeverre is deelname aan de samenleving door mensen met een verstandelijke beperking een realistisch perspectief? Hoe kan meer ruimte komen voor verschillen? Wat willen mensen met een verstandelijke beperking zelf?
- Welke steunstructuren zijn mogelijk bij een terugtredende overheid?

Systeemverantwoordelijkheid in het publieke domein

Dit adviestraject richt zich op de rol van de overheid in een teruggedrongen uitvoeringspraktijk. Daarbij heeft de term ‘systeemverantwoordelijkheid’ zijn intrede gedaan. Het lijkt het huidige antwoord te zijn op de vraag naar de nieuwe rol van de overheid in het maatschappelijk verkeer. Maar wat is systeemverantwoordelijkheid eigenlijk? Hoe ziet die eruit en waaruit bestaat het? Welke veronderstellingen en vooronderstellingen gaan schuil achter het gebruik van deze term?

De term lijkt vooral te passen in de logica van het (oude) systeemdenken waarin samenhang en sturing, consistentie en uniformiteit uitgangspunten zijn en waar de rijksoverheid als de hoeder van het publieke domein wordt beschouwd. Dit denken staat haaks op de opvatting dat pluriformiteit, ongelijksoortigheid en eigenstandige dynamiek in de samenleving besloten liggen en dat de overheid dient te zorgen voor voldoende checks & balances. Tegen deze achtergrond verkent de Raad in dit adviestraject de wijze waarop de overheid haar eigen rol definieert.

Samenwerken in de jeugdhulp

Kinderen en gezinnen die een vorm van professionele ondersteuning of zorg nodig hebben, hebben baat bij professionals die elkaar weten te vinden en, daar waar nodig, ook samenwerken. Hulp- en zorgvragen van kinderen en gezinnen vallen niet zomaar binnen één lijn, discipline of specialisme. Logisch, want het leven is nu eenmaal geen koker. Goede samenwerking tussen professionals uit verschillende lijnen en specialismen lijkt een voorwaarde voor het bieden van passende zorg aan kinderen en gezinnen. Een gebrek aan samenwerking binnen het stelsel van jeugdhulp heeft in het verleden bovendien tot onwenselijke situaties geleid, waarin passende zorg te laat of zelfs helemaal niet kwam.

Samenwerken in de ondersteuning van en hulp aan kinderen en gezinnen is één van de belangrijkste opgaven voor het gedecentraliseerde stelsel van jeugdhulp. Eén die niet vanzelf gaat. Ten eerste kunnen veel verschillende partijen bij deze opgave betrokken zijn. Ten tweede zijn de onderlinge verhoudingen tussen onderwijs, huisartsen, gemeentelijke jeugdhulp, jeugdgezondheidszorg en gespecialiseerde (jeugd)zorg aan bestuurlijke veranderingen onderhevig. Daarnaast zijn er, ondanks het feit dat de term ‘samenwerken’ door alle partijen en op alle niveaus (van uitvoerend tot bestuurlijk) gebezigd wordt, in 2015 nog veel onduidelijkheden en

onzekerheden ten aanzien van (nieuwe vormen van) samenwerking. 'Samenwerken' is een containerbegrip: er gaat een zoektocht achter schuil naar wat voor samenwerking rond kinderen en gezinnen eigenlijk wenselijk, nodig en mogelijk is. De RVS beoogt deze zoektocht met een aantal richtinggevende noties te ondersteunen.

6. Mogelijke adviesonderwerpen 2016 en volgende

De RVS verkent op dit moment of,en zo ja, hoe en wanneer de navolgende onderwerpen in de komende jaren aan de orde komen. Dat kan in verschillende vormen. Naast een advies kan het bijvoorbeeld ook gaan om een verkenning, tentoonstelling, film of essay.

Medicalisering van de levensloop
Regelmatig wordt zorg ingezet om de maatschappelijke verwachting te realiseren dat iedereen op elk moment in zijn leven zou moeten functioneren als een fitte eenentwintig jarige. Dit adviestraject verkent in hoeverre een realistisch beeld van de levensloop kan bijdragen aan oplossingen die gunstiger zijn voor de burger.

Alles is inkoop
De zorginkoop wordt een steeds belangrijker sturingsmechanisme om publieke belangen te borgen. Het is van belang fundamenteel naar de inkoop van zorg en welzijn te kijken, ervaringen uit verschillende zorgsectoren te vergelijken en lessen te trekken uit andere landen.

De illusie van evidence based medicine
Evidence-based medicine, met name in de vorm van protocollen en richtlijnen, staat al enige tijd ter discussie. Het kernprobleem is: "Wat is evidentie?".

Eenzaamheid: van levensvraag tot beleidsprobleem
Eenzaamheid, universeel onderdeel van het menselijk gevoelsleven of nieuwe aanleiding voor overheidsbemoeienis?

Robotisering
Robots spreken tot de verbeelding: zij hebben de toekomst. Dit brengt ons op het terrein van de kunstmatige intelligentie. Wat betekenen deze ontwikkelingen op het gebied van robotisering voor mensen en maatschappij?

Grenzeloze GGz
De GGz is een sterk groeiende sector in de Nederlandse gezondheidszorg, terwijl de ziektelast van psychische aandoeningen onverminderd hoog blijft.

Een andere kijk op dure geneesmiddelen
Hoe kan de ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen sneller, beter en goedkoper in het licht van nieuwe maatschappelijke en technologische mogelijkheden?